



Formulario de registro de patrocinador

Para patrocinar una familia pagando sus cuotas

Instrucciones

Use este formulario si quiere patrocinar una familia o familias pagando sus cuotas de Healthy Families. (Use solamente tinta negra o azul.)

Llene el formulario y envíelo por correo a: Healthy Families, PO Box 138005, Sacramento, CA 95813-9984.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario llame, a Healthy Families: **1-866-848-9166**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.

Persona u organización que desea ser patrocinadora:

Nombre:
Dirección (calle):
Ciudad, Estado, Código postal:
Teléfono :
Número de fax:

Si el patrocinador es una organización, anote un representante autorizado:

Nombre:
Título:
Teléfono:
Para Healthy Families solamente. N° de identificación:

¿Está usted (o su organización) interesado en que se comuniquen con usted las personas o los Asistentes certificados de solicitudes que busquen un patrocinador? **Sí** **No**

¿Podemos anotarle (o a su organización) si Healthy Families Program pone información sobre patrocinadores en su sitio web? **Sí** **No**

¿Cumple usted los requisitos para ser patrocinador? Las personas o entidades *no pueden ser patrocinadoras si:*

1. La persona es un proveedor de atención médica participante en Healthy Families Program; o una organización compuesta principalmente o controlada por tales personas.
2. Es un gobierno, escuela u organización sin fines de lucro o de beneficencia que opere alguna instalación de atención médica participante en Healthy Families Program.
3. Es un plan de seguro médico, atención dental o cuidado de la vista participante.
4. Actúa a nombre o en representación de cualquier persona o entidad descrita arriba.

Firme el formulario para certificar que:

1. Usted o su organización tiene derecho a convertirse en un patrocinador.
2. Reconoce que la Junta de seguros médicos de riesgos administrados no ha tomado partido en cuanto a si los pagos de cuotas como patrocinador de cualquier persona o entidad sería una infracción a las leyes que califican el fraude federal y el abuso.
3. Usted permitirá que cada solicitante patrocinado elija por sí mismo los planes participantes en su condado de residencia, tal como los identifique el Manual de Healthy Families.
4. Usted puede patrocinar a todos los niños del hogar que reúnan los requisitos, todos los niños y adultos del hogar que reúnan los requisitos o todos los adultos que reúnan los requisitos con hijos afiliados a Medi-Cal sin costo y sin hijos en Healthy Families Program.

(Nombre en letra de imprenta)

(Firma)

(Fecha)

¿Preguntas? Llame al 1-866-848-9166, de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita